

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N^o 96

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gustave LIÉGAULT

Né à Rouen, le 6 février 1881

DU DIAGNOSTIC

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

SIMULANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. LETULLE, professeur

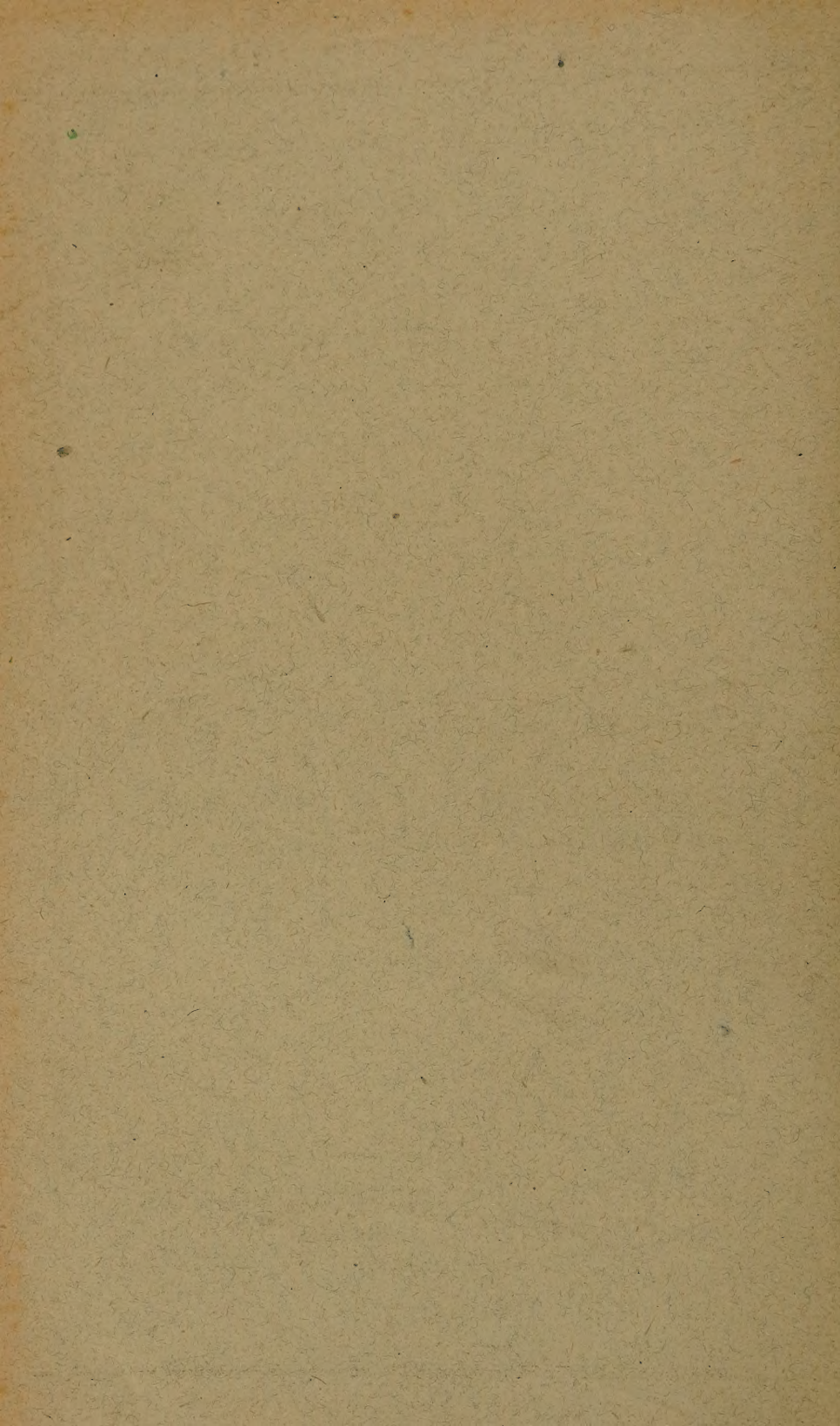
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

106

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gustave LIÉGAULT

Né à Rouen, le 6 février 1881

DU DIAGNOSTIC

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

SIMULANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. LETULLE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHTER
Physique médicale.	GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Filial homage.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR LETULLE

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires

Chirurgien de l'hôpital Necker

Officier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN ET A
L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

M. LE DOCTEUR BRUNON

Directeur de l'École de médecine et de pharmacie
Professeur de clinique médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE DOCTEUR CERNÉ

Professeur de clinique chirurgicale

M. LE DOCTEUR LEREFAIT

Médecin honoraire des hôpitaux de Rouen

M. LE DOCTEUR PETITCLERC

Médecin de l'Hôtel-Dieu

M. LE DOCTEUR BATAILLE

Professeur d'anatomie.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE DOCTEUR FRANÇOIS HUE

Chirurgien honoraire des hôpitaux
Professeur à l'École de médecine

M. LE DOCTEUR DEVÉ

Professeur de pathologie interne
Médecin de l'Hospice Général

M. LE DOCTEUR JEANNE

Professeur de médecine opératoire
Chirurgien de l'Hospice Général

M. LE DOCTEUR MAGNIAUX

Médecin de la Maternité de Rouen

DU DIAGNOSTIC
DE
L'APPENDICITE CHRONIQUE
SIMULANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

INTRODUCTION

Il semble à première vue très paradoxal de rapprocher dans une même formule les termes « d'appendicite chronique » et de « tuberculose pulmonaire. »

Et cependant rien n'est cliniquement plus vrai. En effet, on se trouve assez souvent devant un malade qui tousse, qui a maigri considérablement et présente de la fièvre. On pense à la tuberculose pulmonaire. On ausculte : on ne trouve pas grand chose. En cherchant bien cependant, on arrive à déceler quelques signes aux sommets : de l'insuffisance respiratoire le plus souvent.

On attend des semaines, des mois. Le traitement donne de l'amélioration. Puis, l'attention est attirée soit par la *marche* étrange des accidents, soit par une poussée aiguë, dramatique, dangereuse. Alors, la lumière se fait, on pense à l'appendicite.

On opère et on *guérit* la toux. La fièvre dispa-

rait. Or, dans cette étude, nous n'avons pas voulu refaire l'histoire des « appendicites méconnues » ou de toutes les erreurs d'interprétation auxquelles pouvaient donner lieu les formes d'appendicite chronique à phénomènes frustres ou larvés. Nous avons pensé que, parmi celles-ci, il était intéressant de faire une place à part à l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire.

1° D'en relater les observations peu nombreuses disséminées dans la littérature médicale.

2° D'étudier ce qui, dans les symptômes cardinaux des deux affections, pouvait amener la confusion ou aider le diagnostic.

3° D'essayer d'expliquer des faits aussi paradoxaux en apparence.

4° D'examiner la conduite à tenir.

Mais, au préalable, nous tenons à remercier notre maître, M. le professeur Brunon de nous avoir inspiré cette thèse.

Ayant commencé auprès de lui nos études médicales, nous sommes heureux de lui apporter aujourd'hui le témoignage de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné, et son souci constant de mettre en nous les idées directrices de thérapeutique et de pathologie générales qui font du médecin mieux qu'un guérisseur ou un donneur de remèdes.

Nous le remercions de nous avoir toujours réservé, au cours de nos études médicales, l'accueil le meilleur et le plus bienveillant.

M. Faisans a bien voulu nous donner quelques

conseils au sujet de cette thèse et nous faire profiter de son expérience ; nous lui en exprimons nos remerciements.

Enfin, nous sommes heureux d'apporter à notre maître, M. le Dr Jeanne un juste tribut de reconnaissance pour son accueil aimable et l'observation inédite qu'il nous a communiquée.

HISTORIQUE

Dès l'année 1859, Leudet (1), écrivait dans un article des *Archives générales de médecine*. « Il existe parcontre une autre variété de lésions (del'appendice) dans laquelle la maladie à développement plus lent, sans accidents généraux graves est souvent méconnue ou attribuée à une cause hypothétique ; et, cependant, cette forme de lésion peut guérir d'elle-même, ou par les secours de l'art. Elle intéresse donc le praticien. » N'était-ce pas déjà définir l'appendicite chronique ?

Mais, il a fallu franchir toute une longue période où l'appendicite ne semblait constituée que par des crises violentes et mortelles et où l'attention fut absorbée par la description et l'explication pathogénique des phénomènes appendicitaires aigus.

On passa ensuite à la notion d'appendicite chronique consécutive à l'aiguë, à « l'appendicite chronique à rechûtes » de Talamon avant de venir, à celle « d'appendicite chronique d'emblée ». Brun dès 1898,

1. Leudet, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal*. In *Archives générales de médecine*, t. II, p. 129.

Cf. *Presse médicale*, 30 mars 1898, et Walther décrivent cette « appendicite à évolution latente, sans aucune crise aiguë. » Les idées de celui-ci sont développées dans la thèse de son élève Rastouil (1901) et Montais, un autre de ses élèves, en étudie plus particulièrement les phénomènes dyspeptiques.

C'est alors qu'il faut mentionner les travaux d'Ewald (1) et Sonnenburg (2) en Allemagne. En France, ceux de Longuet (3), sur la dyspepsie appendiculaire (1902) ; les discussions de la Société de chirurgie ; les observations communiquées à la Société de médecine par Siredey (4), sur les formes frustres de l'appendicite chronique ; par Comby (5), sur l'appendicite chronique chez l'enfant.

Nous ne pouvons rappeler les travaux très nombreux, sur l'appendicite chronique et son polymorphisme.

On en décrit ainsi des formes dyspeptiques, des formes nerveuses (Comby), des formes névralgiques (Walther), des formes hépatiques (Rastouil).

1. Ewald, *Du traitement de l'appendice chronique larvée* (*Semaine médicale*, p. 134, 1899).

2. Sonnenburg, *Pathologie und therapie der perityphlitis*, 4^e édit. Berlin, 1900.

3. L. Longuet, *Dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical* (*Semaine médicale*, 4 juin 1902) ; *Trois cas d'appendicectomie pour dyspepsie appendiculaire* (*Province médicale*, n^o 38, sept. 1902).

4. Siredey, *Étude clinique sur quelques formes frustres de l'appendicite chronique*. Société médicale des hôpitaux de Paris, 20 nov. 1903.

5. Comby, *Formes frustres, prolongées de l'appendicite*, 27 nov. 1903 ; *Formes de l'appendicite chronique chez les enfants*, 6 juin 1908.

C'est dans la thèse de Sainte-Marie Dodeuil, thèse inspirée par Walther (1906), qu'on trouve pour la première fois 3 observations d'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire.

Mais c'est Faisans qui a attiré l'attention sur les formes pulmonaires de l'appendicite chronique, et posé nettement le problème du diagnostic. Walther et Claisse en ont apporté, des observations à la Société de médecine. Enfin notre maître M. Brunon a publié, le 10 novembre 1911, 3 belles observations, ayant trait à cette question.

DE L'ANALYSE DES SYMPTOMES COMMUNS A L'APPENDICITE CHRONIQUE ET A LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

L'amaigrissement, la fièvre et la toux tels sont les symptômes qui font penser de suite à la tuberculose pulmonaire.

L'état général. — *L'amaigrissement* a toujours été noté comme un des principaux symptômes d'appendicite chronique. Il est de règle presque absolue dans les observations rapportées par Comby et Siredey et dans toutes celles que nous reproduisons. Le malade de Comby (obs. II) a perdu 15 kilogrammes en quatre ans. Celui de Walther (obs. V) quinze livres.

Quelquefois, il s'agit d'alternatives de bonne santé suivies de périodes d'amaigrissement et perte des forces comme dans le cas de Walther ou celui de Brunon. Mais le plus souvent la dénutrition se fait lentement et d'une façon continue jusqu'au moment où le malade et l'entourage se préoccupent d'un état de choses alarmant.

C'est que le plus souvent, la déchéance de l'état général se traduit par un *facies spécial*, décrit depuis les

premières études sur l'appendicite chronique. Yeux cernés, pâleur de la face, teint légèrement subictérique. La jeune fille de l'observation VIII, Brunon, « était d'une pâleur cireuse et très émaciée ».

Cependant, il en est de ce signe comme de ceux qu'on pourra par la suite énumérer, il peut quelquefois manquer. Les malades des observations VII et IX avaient bon aspect.

La dyspepsie. — Quoi qu'il en soit, il s'agit là de l'amaigrissement des dyspeptiques et des intoxiqués.

Les troubles dyspeptiques, sont en effet de règle. La langue est saburrale. Les nausées sont fréquentes et les vomissements faciles surtout chez l'enfant, prenant la forme cyclique ou paroxystique. (Comby). Les digestions sont lentes, accompagnées de flatulences, de ventre ballonné.

Le malade a le dégoût des aliments, anorexie d'ailleurs à forme élective sur laquelle a bien insisté Walther, tel aliment particulier amenant régulièrement des nausées ou des vomissements.

Faisans fait un parallèle entre la dyspepsie de l'appendiculaire et celle du tuberculeux. « On m'objectera sans doute, dit-il, que nous avons la dyspepsie des tuberculeux et je répondrai immédiatement que l'objection n'a pas de valeur ; car, ce que l'on appelle la dyspepsie des tuberculeux n'est le plus souvent qu'une gastrite provoquée par l'abus des médicaments ; quant aux troubles gastriques qui s'observent au début de la tuberculose, ils se bornent

ordinairement à de l'inappétence et à la toux émétisante. »

Cependant, n'y-a-t-il pas similitude fréquente entre les phénomènes dyspeptiques de l'appendiculaire, qui peuvent être peu prononcés, sans douleurs, sans vomissements et ceux de la prétuberculose, l'anorexie et les digestions lentes.

LA FIÈVRE

Mais il est des symptômes qui sont beaucoup plus troublants au point de vue de l'interprétation. Il s'agit de *la fièvre* et de *la toux*, fièvre à forme intermittente ou à forme continue, toux avec ou sans signes physiques du côté de l'appareil pulmonaire.

Jusqu'ici, si l'on constatait chez un sujet amaigri sans cause apparente une légère ascension de la température avec accès vespéraux, il était classique de la rapporter à une tuberculose chronique latente.

L'épreuve de Daremberg passait pour un des meilleurs signes; c'est ainsi que L. Rénon (1), écrit à ce sujet. « Parmi ces symptômes, un des plus fréquents est la fièvre, non pas une fièvre intense et évidente, mais une fièvre latente, cachée pour ainsi dire et qui demande à être recherchée. MM. Daremberg et Chuquet ont bien montré qu'en cas de tuberculose latente une promenade à pied ou une promenade à bicyclette faite pendant une heure élève la température centrale de 5/10 de degré. Si cette élévation de tem-

1. L. Rénon, *le Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique*, chez Roussét, 1906.

pérature disparaît après un repos d'une demi-heure, le fait a une grande valeur en faveur de la tuberculose, car il n'existe pas chez les gens sains. Au cas de doute, M. Daremberg préconise l'expérience suivante : faire marcher le malade pendant six jours, une heure le matin et une heure le soir ; prendre la température avant et pendant la marche et une troisième fois après un repos d'une heure. Si la première et la troisième sont égales et si la seconde les dépasse de plus de $5/10$ de degré, on peut affirmer l'existence d'une tuberculose latente. Si l'épreuve est positive, elle permet une grande présomption en faveur de la tuberculose. »

Il nous a paru intéressant de citer une opinion autorisée pour montrer quelle importance prend dans l'ordre des symptômes la constatation de la fièvre de mouvement. L'observation de M. Claisse (obs. V) nous en donne un exemple. « Bien au courant des choses de la médecine, connaissant l'épreuve de Daremberg, le malade prend sa température au retour de courtes promenades, constate qu'elle s'élève à 38 degrés et, au-dessus, me communique ses craintes et je ne puis m'empêcher de les partager. »

Nous voyons, qu'au point de vue du diagnostic dans les formes d'appendicite qui nous occupe, l'épreuve de Daremberg est une expérience sans valeur, puisque la moindre fatigue réveille la fièvre chez l'appendiculaire.

La fièvre, en effet, peut n'apparaître chez celui-ci qu'à l'occasion du mouvement et de la fatigue. Il en

était ainsi du malade de M. Brunon (obs. VII). Au premier examen la température est à 38°5 à 3 heures de l'après-midi ; elle disparaît par le repos au lit. Le traitement cesse ; la température remonte. Elle est à 37°6, 37°8 le soir dès que l'enfant marche. La moindre infidélité au traitement et au repos complet est immédiatement suivie de l'apparition de la fièvre, fièvre basse n'ayant dépassé 37°6 qu'à la suite d'une crise subaiguë, et ayant duré plus d'une année du premier examen jusqu'à l'opération, 21 mars 1910 au 20 mai 1911.

Dans la seconde observation de M. Brunon, la fièvre n'apparaît que tardivement, 37°4, le matin, 37°8 le soir.

Mais le cas le plus instructif est celui de l'observation IX.

Ici, la fièvre fut, en somme, le symptôme dominant, on peut dire unique de la maladie, *fièvre continue* avec tous les caractères de la fièvre bacillaire : « Dès le début, c'est uniquement ce qui attire l'attention ; la fièvre est apparue brusquement ; la température vespérale atteint 38°4. Le pouls est à 90. La langue est un peu blanche. *La malade n'accuse aucune douleur.* Il n'y a ni céphalée, ni insomnie, ni constipation, ni diarrhée. Pas de vomissements, pas d'épistaxis. La jeune fille déclare qu'elle n'est pas malade. *Pas de toux, rien à l'auscultation.* »

Les jours suivants, la fièvre continue. Température le matin, 37 degrés, le soir, 38 degrés. « Je pense, dit le Dr Brunon, à la possibilité d'une fièvre

continue bénigne quoiqu'il y ait contre cette hypothèse le début brusque, l'absence de céphalée et d'insomnie, et de manifestations intestinales. *L'état général est excellent. On pourrait penser à une tuberculose anormale.*

» Le caractère continu de la fièvre depuis plusieurs semaines sans autres phénomènes plaident en sa faveur. »

Bien que pendant plusieurs mois tout soit mis en œuvre, cure d'air libre, antithermiques, lotions froides, drap mouillé, bains à 32 degrés, la température persiste. Elle décrit d'assez grandes oscillations, 37°5, le matin, 38°5, 38°8, 39 degrés le soir.

Le transport à la campagne par le déplacement et la fatigue auxquels il oblige la malade amène des oscillations de plus en plus fortes, 37 degrés le matin, 39 degrés le soir.

A côté de ces caractères pouvant égarer l'esprit vers le diagnostic de tuberculose, M. Faisans signale une différence clinique entre la fièvre de l'appendicite chronique et celle de la tuberculose. « Si légère qu'elle soit, dit-il, la fébricule de l'appendicite chronique est accompagnée de sensations pénibles : frissonnements, chair de poule, fatigue, accablement ; les appendiculaires « sentent leur fièvre » suivant l'expression consacrée et il y a là un signe diagnostique qui ne manque pas d'importance. Car, par opposition, la fièvre bacillaire n'est pas sentie, ou ne l'est que peu. On voit tous les jours des tuberculeux qui affirment qu'ils n'ont pas de fièvre et se déclarent

très dispos au moment où le thermomètre atteint 39°5 ou 40 degrés. »

Nous voyons cependant que la malade dont nous avons analysé le cas, se trouvait bien portante, malgré sa fièvre. La différence a néanmoins une grosse valeur, mais le diagnostic n'a-t-il pas toute raison de se réserver, même en l'absence de signes pulmonaires, quand pendant plusieurs mois il est constaté une fièvre à exacerbation vespérale, fièvre résistant à tous les moyens habituels, fièvre à grandes oscillations et augmentée par le moindre mouvement et la fatigue?



ANALYSE DES PHÉNOMÈNES PULMONAIRES

Bien souvent, après un examen un peu superficiel, le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été porté et un traitement institué à cause d'un amaigrissement marqué et du dépérissement de l'état général sans cause apparente (obs. I, II, III).

Nous pensons que l'existence d'une fièvre continue ou intermittente, augmentée par la fatigue, avec un état général défectueux, éveille nécessairement l'idée de tuberculose chronique latente. Mais, combien grandit la difficulté s'il existe *de la toux, avec ou sans phénomènes d'auscultation*.

Les antécédents, d'ailleurs, influencent mal l'esprit.

OBS. I. — « La mère est morte de tuberculose pulmonaire, le frère et la sœur sont suspects de la même maladie. »

OBS. VI. — « Le père de la malade a été soigné et l'est encore pour un petit lupus du talon droit avec minime lésion osseuse sous-jacente.

Ce sont souvent des malades à végétations adénoïdes, à grosses amygdales, relevant par là même de l'appendicite chronique (Comby), mais mieux

encore de la tuberculose par insuffisance respiratoire et par facilité d'infection. »

L'observation VI (Walther) est particulièrement suggestive à ce point de vue. « Ce qui domine, dit-il, dans les antécédents, ce sont les troubles respiratoires. L'enfant dormait la bouche ouverte, ronflait la nuit et avait des tendances à s'enrhumer. Ces bronchites, au dire du malade, duraient un mois, quelquefois plus, pendant lequel la toux présentait le caractère *nettement quinteux*, survenant la nuit surtout. Les bronchites du reste apparaissaient aussi bien en hiver qu'en été. »

» Il y a trois ans, à cause de ces troubles respiratoires, la mère conduit l'enfant à un médecin qui lui fait des piqûres d'eau de mer et conseille l'ablation des végétations et des amygdales. Le conseil fut suivi, les végétations racclées et les amygdales morcelées. Après l'opération, un mieux se fit sentir et pendant un an l'enfant n'eut pas de bronchite... »

Obs. VII (Brunon). — Les amygdales sont assez volumineuses. L'ouïe est diminuée à gauche. L'enfant fait souvent répéter ce qu'on lui dit. Elle tend l'oreille, elle est distraite. »

Obs. VIII (Brunon). « La malade a l'aspect et l'intonation d'une adénoïdienne. »

Ou bien il s'agit de porteurs de ganglions. Le malade de Walther présente de la micropolyadénopathie généralisée (obs. VI) ; celui de Brunon (obs. VII), une chaîne ganglionnaire cervicale.

Presque tous les malades dont nous avons rapporté

l'histoire pouvaient donc, par leurs antécédents et par leur passé, être considérés comme des prédisposés à la bacillose.

Et, le plus souvent, ils viennent au médecin, ou on les amène parce qu'ils ont une *toux* inquiétante.

Il va sans dire qu'il peut être question d'une bronchite légère, de trachéo-bronchite, de pharyngite chronique avec de la déchéance de l'organisme et l'état fébrile que nous avons décrit, mais sans rapport de cause à effet avec la lésion abdominale.

Or, dans les cas que nous décrivons, il y a rapport direct entre les manifestations pulmonaires et lésion chronique de l'appendice ainsi que le prouve l'évolution ultérieure des phénomènes.

La *toux* est alors le plus souvent *sèche, quinteuse, plus fréquente la nuit*, accompagnée de véritables accès de suffocation (obs. VI, Walther).

Dans l'observation VII (Brunon) nous voyons que la petite malade de huit ans qui tousse depuis trois ans et qu'on soigne pour bronchite « spécifique » présente une *toux* à caractère coqueluchoïde, avec rougeur de la face et rejet de mucosités. Elle est assez fréquente la nuit pour gêner le sommeil.

Là, d'ailleurs, la courbe de la température suit celle de la *toux*. *Sous l'influence du repos*, celle-ci va jusqu'à disparaître même la nuit quand la température a disparu, et revenant en même temps qu'elle, quand l'enfant a marché dans la journée.

De même à (l'ob. VIII, Brunon) les parents amènent une enfant de douze ans parce qu'elle *tousse*

et parce que deux médecins ont dit qu'elle avait une faiblesse du poumon gauche...

L'enfant tousse depuis plusieurs mois ; et, en particulier, de janvier à mars, elle a beaucoup souffert d'une toux quinteuse plus fréquente la nuit que le jour.

Dans l'observation X (inédite) il ne s'agit pas d'une toux sèche, quinteuse ou avec rejet peu abondant de mucosités. C'est une malade qui consulte parce qu'elle tousse depuis cinq ans. Elle a chaque hiver une bronchite avec expectorations assez abondantes, 15 à 20 par jour. La toux s'accompagne d'ailleurs de douleurs dans le dos entre la troisième et la douzième dorsale.

Aussi, nous voyons que la *toux des appendicitaires est quinteuse avec ou sans expectorations, à accès nocturnes et s'accompagnant parfois de douleurs thoraciques.*

Devant un tel ensemble de symptômes, le médecin fait un examen minutieux de l'appareil pulmonaire.

Il est tellement prêt à trouver des lésions que son embarras commencera dès le moment qu'il aura trouvé l'auscultation et la percussion négatives. Le moindre signe aux sommets, expliquerait si rationnellement les phénomènes constatés, troubles de l'état général avec fièvre et toux persistantes. Il est déjà tellement persuadé de l'existence d'une bacillose pulmonaire, qu'au cours d'examens successifs... la moindre différence de tonalité dans le murmure

vésiculaire comparé des sommets, fixera définitivement son diagnostic.

Or, la toux peut ne correspondre à aucun phénomène stéthoscopique (observation X). La malade a depuis cinq ans des bronchites répétées. Or, du côté des poumons, *les signes physiques sont nuls. Pas de râles. Il y a un contraste frappant entre l'ensemble symptomatique, et l'absence de signes physiques aux sommets.*

Mais, bien souvent, ces petits signes pulmonaires, dont l'importance est si grande lorsqu'ils coïncident avec les symptômes énumérés, peuvent exister : inspiration plus ou moins rude, expiration soufflante, ou prolongée, diminution du murmure vésiculaire.

OBS. VIII (Brunon). — L'enfant tousse depuis plusieurs mois... L'examen des sommets est peu instructif ; on ne trouve rien, sauf peut-être *un affaiblissement respiratoire au sommet gauche. Il n'y a ni matité, ni bronchophonie, ni craquements.*

OBS. VII (Brunon). — Du côté de la poitrine, les *signes physiques* sont *vagues* ; pas d'amaigrissement sous-claviculaire ou sus-épineux ; pas de matité ; ni râles, ni craquements.

La respiration est rude aux deux temps et des deux côtés ; le chuchotement de Despine est net.

OBS. V (Walther). — L'examen pratiqué au mois de janvier montre que malgré cet état de faiblesse extrême, d'amaigrissement rapide, malgré cette toux persistante, il n'existe aucun signe net de lésions pulmonaires. *La respiration est faible aux deux som-*

metts mais plus particulièrement au sommet droit où la sonorité semble légèrement diminuée ; en somme on ne trouve que des signes témoignant d'une mauvaise amplication du sommet du poumon.

OBS. VI (Walther). — A l'examen de l'appareil respiratoire, pas de déformation à l'inspection.

Percussion. — *En avant* : rien de spécial.

En arrière : petite zone de *submatité* dans la région hilare droite, troisième dorsale.

Auscultation. — *En avant* : *l'expiration plus rude, parfois soufflante à gauche* mais, il suffit de faire tousser l'enfant pour modifier l'expiration.

En arrière : l'expiration est peut-être un peu plus forte à gauche qu'à droite ».

Bref, nous voyons par ces exemples, que si parfois la toux existe seule, *elle est souvent accompagnée de signes physiques obscurs ou minimes* et qui laissent l'esprit dans la plus grande incertitude.

M. Faisans, dans son article, met en garde contre les résultats que pourrait donner l'auscultation, chez des appendiculaires anciens, où une infection à distance aurait causé une respiration obscure, indice d'une symphyse ancienne et d'atélectasie. On pourrait croire alors à une tuberculose à forme atypique.

Mais, en dehors de ce cas particulier, il faut insister sur ce fait qu'il y a souvent des signes physiques aux sommets dans de nombreux cas d'appendicite chronique. Faiblesse du murmure vésiculaire au sommet droit, ce dont Faisans fait une règle ; inspiration rude aux sommets ; expiration soufflante ;

submatité. M. Faisans voulait bien nous dire que deux appendiciteires chroniques que l'opération guérit de tous leurs phénomènes présentaient des sous-crépitaux aux sommets.

N'y a-t-il pas là quelque chose de troublant, au point de vue du diagnostic. Il est certain, cependant, qu'en présence d'un sujet amaigri, qui tousse et a de la fièvre continue, si nous constatons en outre des signes aux sommets, même obscurs, nous en ferons jusqu'à nouvel ordre un bacillaire, nous réservant de surveiller l'évolution des symptômes.

Mais, est-ce à dire qu'il faille attacher une très grosse importance aux données de l'auscultation des sommets, dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début ?

« Je pense que M. Grancher, dit L. Rénon, a eu parfaitement raison d'attirer l'attention sur des faits d'un intérêt extrême, car ils permettent une surveillance des malades et ils autorisent pleinement le diagnostic de tuberculose pulmonaire quand ils se répètent, s'accroissent et quand ils sont concomitants d'une modification de l'état général ou de l'apparition d'autres symptômes sur lesquels ils projettent une vive lumière. »

Rénon insiste sur un état atelectasique du poumon d'origine névropathique chez des hystériques ou chez des neurasthéniques, et Faisans rappelle la discussion qui eut lieu à la Société de Médecine sur le peu de fonds qu'on pouvait faire sur la respiration faible pour diagnostiquer une tuberculose au début. Il

rappelle qu'elle est souvent réalisée par des malformations nasales, des asymétries thoraciques.

On doit donc être très prudent dans l'interprétation des signes physiques aux sommets et la connaissance des formes pulmonaires de l'appendicite chronique doit rendre encore plus circonspect.

COMMENT EXPLIQUER LA TOUX DES APPENDICULAIRES CHRONIQUES

Quelle est donc la pathogénie dans l'appendicite chronique de la toux et des signes physiques. Les avis sont partagés et le problème reste obscur.

Pour notre maître, M. Brunon, ces phénomènes pseudo-phthisiques peuvent se rattacher à un œdème congestif des poumons lié, dans certains cas, à une adénopathie du médiastin (1) ou au brightisme (2).

Tout en acceptant l'explication d'Hutinel pour qui « l'action des masses ganglionnaires se ferait sentir sur les plexus pulmonaires, et causerait des troubles vaso-moteurs, devenant eux-mêmes l'origine de fluxions et d'œdèmes pulmonaires », il pense que cet œdème ne serait pas mécanique, mais sous la dépendance d'une intoxication générale.

L'adénopathie serait latente et datant de l'enfance, comme dans les deux cas d'adénopathie que nous avons cités ; l'appendicite chronique agirait comme le brightisme, comme une injection lente, une « appendicémie » atténuée.

1. Hutinel, *Journal des praticiens*, avril 1909.

2. Brunon, *Presse médicale*, 3 mai 1911, n° 35, p. 353.

« Les foyers pulmonaires, dit Brunon, se traduiraient au même titre que tout autre foyer d'infection secondaire, comme les pleurésies et les pneumonies signalées au cours des appendicites chroniques. L'œdème congestif atteindrait alors le sommet plus volontiers parce que l'adénopathie en a fait un lieu de résistance moindre. »

La toux pourrait encore être due à des lésions d'adénoïdite rhino-pharyngée. Les deux malades de Brunon étaient à des degrés différents des adénoïdiennes. Le malade de Walther de même adénoïdien avec grosses amygdales et pharyngite chronique.

Pour Faisans, il ne s'agirait pas d'un état congestif du sommet mais d'une simple coïncidence entre des modifications si fréquentes de la respiration et l'appendicite chronique. « Faut-il admettre, dit-il, que l'appendicite que nous avons vue produire des lésions variées du lobe inférieur droit, est également capable de réagir sur le lobe supérieur et d'y déterminer des congestions qui se traduiraient par cette faiblesse de la respiration? Je ne ferai remarquer qu'une chose : c'est qu'il serait bien curieux qu'un état aussi variable qu'une congestion se manifestât constamment par le même signe et que celui-ci restât toujours invariable. Il me paraît plus logique de voir dans ces faits une simple coïncidence. »

Enfin, Walther (1) en fait une toux réflexe au

1. *Bulletin de la Société des hôpitaux de Paris*, p. 382-392 (Séance du 31 mars 1911).

même titre que celle qu'on note dans les affections utérines ou annexielles. « La toux, dit-il, me semble être un symptôme assez fréquent dans l'appendicite chronique ; toux sèche, quinteuse, sans expectoration, *toux réflexe*, analogue à celle que nous voyons parfois dans les affections utérines ou annexielles et qui disparaît après l'ablation de l'organe malade. »



SIGNES PHYSIQUES DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Que la toux de l'appendicitaire chronique soit d'origine réflexe ou liée à une affection du rhinopharynx, qu'elle traduise un état congestif du poumon d'origine mécanique ou toxique, il n'empêche que le problème reste entier, et que l'incertitude du diagnostic subsiste en présence d'un malade présentant de la toux, de la fièvre continue avec mauvais état général.

Or, ce qui nous permettra d'arriver à une quasi-certitude, c'est la constatation des signes physiques de l'appendicite chronique, et après l'élimination de la tuberculose pulmonaire par les procédés de laboratoire, l'évolution et la marche des symptômes.

En effet, nous croyons que l'on ne peut, sans risque d'erreur, affirmer l'existence d'une appendicite chronique avant d'avoir fait la constatation de la douleur. Sans doute elle peut manquer (obs. V). « Aucun symptôme, aucune douleur spontanée, aucun trouble digestif appréciable n'attiraient l'attention sur l'intestin » ; mais, il arrive un moment où, les commé-

moratifs aidant, une crise subaiguë ou un examen minutieux permettent de lever tous les doutes.

Cette douleur est de deux ordres : elle est *spontanée* ou *provoquée*.

Comby insiste sur la fréquence de la *douleur spontanée* chez l'enfant. Ce n'est pas une douleur capable d'arracher des cris aux malades ou de les immobiliser complètement.

Le plus souvent, c'est une sensation vague.

Quant à son *siège*, elle apparaît dans la région ombilicale, au côté droit de l'ombilic le plus souvent. Elle se traduit par une sensation de barre épigastrique (Walther) ou par un tortillement brusque, un pincement (Brunon), une colique passagère.

Elle apparaît le plus souvent, *sans prodromes*, au milieu des jeux, à l'occasion des mouvements un peu violents, de secousses en tramway ou en voiture.

Le malade alors pâlit et souffre ainsi quelques secondes, une minute, gardant parfois plusieurs heures un endolorissement local.

Elle apparaît d'ailleurs rarement la nuit et presque toujours deux ou trois heures après le repos, réveillant le malade.

Plus rare chez *l'adulte*, la douleur spontanée y est de siège plus variable avec des irradiations vers le flanc, la région sous-hépatique, le foie, le rein, le thorax (Brunon), s'irradiant même vers le cordon, le testicule, la cuisse et pouvant donner lieu aux erreurs de diagnostic les plus variées. Le *souvenir* de ces crises douloureuses peut être, dans la suite, d'un

grand secours comme dans l'observation IV (Claisse).
« Il se souvint qu'à l'âge de onze ans, il a eu à maintes reprises, pendant environ six mois, des crises abdominales extrêmement pénibles. Il criait, se roulait à terre, restait allongé quelques heures, puis, tout rentrait dans l'ordre. »

Mais, il y aurait danger à accorder une trop grande importance à des *commémoratifs* peu précis, à des coliques banales ou des douleurs abdominales qu'on élèverait facilement au rang de douleur spontanée de l'appendicite chronique.

Mais, autre chose est la constatation d'un point *douloureux, sensible, provoqué* dans la région abdominale.

Qu'il s'agisse d'une douleur siégeant au point classique de Mac Burney ou aux points accessoires décrits par Lejars, de Lanz et de Morris, la douleur par une *pression attentive, soutenue*, se révèle *profonde, vague* et dans un point sensiblement le même chez un même sujet. Elle laisse après elle un endolorissement de la région iliaque droite pendant plusieurs heures.

Elle peut d'ailleurs être plus haut située, dans la région sous-hépatique, dans le cas de position haute de l'appendice, plus bas dans la région pelvienne si l'organe est en position basse, *s'irradiant* vers la région épigastrique par suite d'adhérences épiploïques (Walther), vers la région lombaire, ou vers la fosse iliaque gauche.

Si, d'ailleurs, l'on soupçonne l'appendicite chro-

nique et qu'on ne réveille pas de douleur au point de Mac-Burney, on peut recourir au *procédé de Rossing*.

Il consiste à mettre à plat sur la fosse iliaque gauche sa main droite ; et, en comprimant l'S iliaque, à la faire glisser le long du côlon descendant de façon à chasser les gaz dans le côlon transverse puis de là dans le côlon ascendant. Les gaz arrivent dans le cæcum, pénètrent dans l'appendice, si toutefois il est perméable, le distendent peut-être en réveillant la douleur au lieu d'élection.

« Les résultats fournis par le palper douloureux de l'appendice pourront être corroborés par l'examen radiographique (1). Il permet de reconnaître le siège exact de l'appendice et de reporter à un point très précis la douleur abdominale. Mais il ne saurait être question de reconnaître un appendice sain et malade. Encore faut-il ajouter que l'absence de l'appendice sur la radiographie peut être due à une situation rétro-cæcale ou à une obturation de l'appendice. »

Un autre signe physique de grosse importance est celui de la *défense musculaire*, il est plus fugitif et moins net que celui de la douleur provoquée, mais il coïncide souvent avec celle-ci lorsqu'elle est évidente au cours d'une crise subaiguë.

Un autre signe sur lequel Walther a insisté est celui de l'appendice roulant sous le doigt. On le sen-

1. F. Aubourg, *Radiographies de l'appendice iléo-cæcal sur le vivant* (Presse médicale, 28 mai 1910, p. 402, n° 43).

tirait facilement chez des sujets amaigris, mais encore est-il qu'il faille se défier de ses sensations et ne pas confondre avec le bord du grand droit ou celui du cæcum épaissi.

Il faudrait joindre à la douleur et à la défense musculaire deux petits signes qu'indique Brunon : « Je signale, dit-il, deux petits signes, mais non sans importance.

» C'est d'abord la *teinte jaune péri-ombilicale*. Cette teinte fait contraste avec la teinte rosée des régions inguinales. Plusieurs fois, je l'ai vue accompagner des poussées légères d'appendicite.

» Ce sont, ensuite, les *taches lenticulaires* absolument semblables à celles de la fièvre typhoïde et observées dans trois cas.

» Quoi qu'il en soit, lorsqu'elles existent, il s'agit de symptômes fugaces, souvent vagues et trompeurs et l'on ne saurait trop insister sur la *recherche répétée* des signes physiques de l'appendicite chronique.

» Pour reconnaître l'appendicite chronique, dit Comby, il faut la poursuivre de recherches attentives, répétées, acharnées. Tel malade ne présente absolument rien à un premier examen qui, six mois, un an plus tard aura nettement le point de Mac Burney.

» Cela ne veut pas dire que l'appendice n'était pas déjà malade la première fois, mais seulement qu'il n'était pas douloureux. L'appendicite existait déjà ; elle s'accusait par des troubles de la santé générale,

par l'anémie, l'amaigrissement, la dyspepsie, mais elle n'avait pas fait encore assez de progrès pour être perceptible à la palpation (1). »

« On ne trouve que ce que l'on cherche, dit aussi Reclus », et les signes de l'appendicite chronique à symptômes larvés doivent être recherchés minutieusement et souvent, leur constatation jetant un jour tout nouveau sur les phénomènes que nous avons décrits, l'amaigrissement, la fièvre persistante et la toux.

ÉLIMINATION DU DIAGNOSTIC DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

En l'absence de toute douleur spontanée ou provoquée il nous faudra éliminer la tuberculose pulmonaire.

Nous avons vu la valeur relative qu'il fallait accorder aux données de l'auscultation dans la tuberculose au stade de germination. L. Renon donne comme signe de probabilité le résultat positif de *l'examen radioscopique des sommets, de l'épreuve de la tuberculine, du séro-diagnostic d'Arloing et Courmont.*

« A l'écran radioscopique comme sur la radiographie, dit cet auteur (2), on voit des taches sombres plus ou moins foncées remplacer les parties blanches

1. Comby, 13 juillet 1906. Société médicale de hôpitaux, *loc.cit.*

2. L. Renon, *le Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique*, *loc. cit.*

du parenchyme normal. Parfois, il existe un peu d'emphysème autour des lésions tuberculeuses, les vésicules emphysemateuses étant remplies d'air.

» En pareil cas, l'image dessinée sur l'écran ne sera qu'une résultante du défaut de transparence produit par la région indurée condensée, infiltrée et de la transparence due à l'air de l'emphysème, et on pourra fort bien ne pas observer d'opacité sur l'écran.

» *Les résultats sont donc souvent difficiles à interpréter.* Cependant, en pratiquant l'examen d'une façon très méthodique et très précise, il est rare qu'on n'arrive pas à déceler la lésion. On voit alors localisée au sommet de l'un des deux poumons une diminution de la clarté normale ; parfois, on aperçoit de petites zones opaques tachetées et marbrées qui correspondent à des noyaux d'infiltration tuberculeuse. » Mais, ne voyons-nous pas qu'il est difficile en outre d'accorder une valeur à l'image opaque des sommets, l'œdème congestif du sommet donnant le même résultat (1).

Nous en disons autant du séro-diagnostic d'Arloing et Courmont d'un emploi difficile et de l'épreuve de la tuberculine sur laquelle les avis sont partagés. L'opinion de P. Lereboullet (2) nous semble bien résumer la question. « La cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction restent des méthodes faciles à employer, inoffensives et intéressantes à étudier en

1. Brunon, *Œdème pulmonaire ou tuberculose*, loc. cit.

2. Congrès de Pédiatrie, Paris, octobre 1911.

tant que réactions biologiques. Elles ne doivent pas faire entrer dans l'esprit du clinicien des notions trop précises que les faits risquent de démentir. »

La découverte du bacille dans les crachats du tuberculeux et l'inoculation peuvent seuls être regardés comme des signes de certitude, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit de faire le diagnostic avec une tuberculose fermée, et que le plus souvent il s'agit d'une toux quinteuse, sans expectoration.

Bref, sans nier la valeur des procédés de laboratoire pour éliminer la tuberculose pulmonaire dans les cas qui font l'objet de cette étude, on voit que ceux-ci ne peuvent donner que des résultats infidèles ou trompeurs.

C'est encore l'examen clinique des symptômes, leur marche et leur évolution qui permettront d'éliminer définitivement la tuberculose et de rapporter les manifestations à l'appendicite chronique.

Ce qu'il faut constater d'abord, c'est l'échec du traitement classique, diététique et chimique de la tuberculose au début.

Nous voyons en effet (obs. I) que chez le malade présentant du dépérissement sans cause, la suralimentation et le traitement arsenical semblent au contraire aggraver la maladie.

Pendant quatre ans on soigne le malade de Comby (obs. II) pour de la dyspepsie chronique, pour de la neurasthénie, pour la phtisie. Et l'état général reste toujours mauvais, alors que les symptômes locaux

de tuberculose auraient eu le temps de paraître et d'évoluer bruyamment.

Parfois l'état général est bon avec des symptômes alarmants (obs. VII, Brunon). « Bronchites répétées depuis deux ou trois ans. Actuellement, toux fréquente avec rejet de mucosités, fièvre, signes physiques obscurs. *Il y a antagonisme entre cet ensemble et l'état général très bon.* »

OBS. X. — « Il y a un contraste frappant entre l'ensemble symptomatique et l'absence de signes physiques aux sommets. »

» Quand on suit les malades pendant assez longtemps, dit Faisans, on est frappé de ce qu'il y a d'illogique et d'inexplicable dans le fait d'une tuberculose qui ne dépasserait pas son stade initial et qui s'immobiliserait indéfiniment dans des conditions où il semblerait qu'elle dût faire des progrès rapides. »

Bref, un amaigrissement considérable accompagné de perte de forces, de fièvre, de toux avec des phénomènes obscurs aux sommets, *et qui restent obscurs*, lorsqu'ils résistent à la cure diététique et chimique de la tuberculose pulmonaire, doivent faire songer à l'appendicite chronique à manifestations pulmonaires. La constatation même intermittente, même vague, d'un point de Mac Burney douloureux donnera tôt ou tard la conviction.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans ces formes d'appendicite chronique à forme pulmonaire, il faut toujours penser à l'existence possible d'une *appendicite tuberculeuse* et à l'*appendicite chronique banal coïncidant avec la tuberculose pulmonaire*.

Rationnellement, il faut songer que l'appendicite à cause de sa situation déclive et de sa constitution lymphoïde se trouve soumis plus que tout autre organe aux atteintes du bacille de Koch. Mais, le plus souvent, il n'est lésé que par le voisinage d'une tuberculose iléo-cæcale ou d'une tuberculose des annexes.

Il existe sans doute, histologiquement, ainsi qu'il en a été rapporté plusieurs observations, mais ce n'est souvent qu'une découverte post-opératoire, par la constatation de tubercules et de l'hypertrophie des ganglions de l'angle iléo-cæcal.

Cliniquement en effet *on ne fait pas le diagnostic*, les symptômes y sont les mêmes que ceux de l'appendicite. On a voulu invoquer en faveur de la tuberculose, une forme à évolution insidieuse, lente, torpide

mais à marche progressive, avec crises à rechutes fréquentes, sans rémissions absolues, avec de la fièvre à oscillations, de la diarrhée, et non de la constipation. C'est à peu près tous les symptômes que nous avons constatés dans l'observation X (Brunon) et l'on avait pensé à la bacilllose sans que le résultat opératoire ait confirmé le diagnostic.

Suspecter d'ailleurs la nature tuberculeuse de l'appendicite est plus que suffisant, d'ailleurs, pour commander l'indication opératoire, à cause de la généralisation possible, sans avoir besoin d'admettre entièrement les conclusions de Poncet considérant l'appendicite chronique comme toujours tuberculeuse et comme une forme atténuée bénigne de tuberculose inflammatoire.

L'appendicite chronique peut aussi coïncider avec une tuberculose pulmonaire au début.

Il est difficile alors de faire la part des symptômes qui reviennent à l'une et à l'autre et le plus souvent on met sur le compte de la tuberculose des accidents qui ne relèvent que de l'appendicite. Il n'est d'ailleurs pas douteux que le tuberculeux ne peut retirer qu'un gros avantage de l'affirmation d'un diagnostic qui permettra de faire disparaître une cause d'infection et de faire profiter le malade du traitement.

Une autre erreur aussi est à éviter, c'est de rapporter à l'appendicite chronique à forme pulmonaire d'autres affections abdominales pouvant donner lieu au même syndrome. Nous avons vu que M. Wal-

ther signalait les affections utéro-annexielles comme capables de donner aussi une toux réflexe.

Or, M. Jeanne a bien voulu nous communiquer une observation (obs. XII) où le diagnostic fut fait d'abord de tuberculose pulmonaire, puis d'appendicite chronique. A l'opération, l'appendice fut trouvé normal, le cæcum descendu et épaissi.

Il y avait eu entéro-colite avec prédominance comme il est fréquent sur le cæcum ; des phénomènes généraux, de la toux, qui avaient pu faire penser à de la tuberculose pulmonaire.

« Selon les conclusions de M. Jeanne, il n'y a donc pas que l'appendicite chronique qui ait le monopole de la fausse tuberculose. D'autres affections intestinales, *difficiles d'ailleurs à séparer cliniquement de l'appendicite chronique*, peuvent donner le même syndrome tuberculeux. En cas d'incertitude, l'intervention paraît néanmoins légitime. »

Quoiqu'il en soit, et tout en reconnaissant que la question est complexe cliniquement au point que toute étude en paraisse nécessairement trop schématique, on ne peut nier l'existence d'une forme pulmonaire de l'appendicite chronique, à laquelle il faut songer devant des symptômes qui seraient sans cette notion difficilement explicables.

TRAITEMENT

Comment allons-nous traiter l'appendicite chronique à forme pseudo-tuberculeuse. Médicalement ou chirurgicalement ?

Or, si le traitement médical donne des résultats, il est trompeur ; le traitement chirurgical est seul curatif. Sans doute, le *traitement médical* améliore les malades. Sous l'influence du repos absolu, du régime lacto-végétarien, l'amaigrissement, la toux diminuent, la fièvre disparaît, Walther (obs. II), Brunon (obs. VII) ; mais, il faut immobiliser le malade, l'obliger à abandonner ses occupations s'il s'agit d'un adulte, ses études s'il s'agit d'un enfant, le soumettre à un régime alimentaire insuffisant. Et, rester d'ailleurs dans l'attente d'une crise plus aiguë et qui pourrait emporter le malade.

Chez certains, le régime échoue complètement, la fièvre continue (obs. IX et X) la persistance d'un mauvais état général et de la toux sont des indications formelles à l'intervention quand la constatation de la douleur est venue se joindre aux symptômes simulant ceux de la tuberculose pulmonaire.

L'ablation de l'appendice confirme en même temps

le diagnostic et fait disparaître les symptômes alarmants.

La malade de Walther (obs. I) « revue un mois après l'opération est devenue méconnaissable par sa santé prospère. Elle s'alimente à merveille et n'a plus cet aspect malingre qui avait fait redouter chez elle une menace de tuberculose. » Chez tous les opérés, la fièvre, la toux disparaissent (obs. VI et X). Dans l'observation VII, Brunon : « Les suites de l'opération ont été normales. La toux a complètement disparu. La santé est excellente. A la date du 15 octobre, le poids de 35 kilos a augmenté de 3 kilos depuis l'opération. La famille constate que l'enfant ne s'est jamais aussi bien portée.

Et dans l'observation VIII, Brunon. Quinze jours après l'opération, la toux a complètement disparu et six mois après l'intervention n'a pas reparu. D'ailleurs, l'enfant est transformée. On est obligé de la rationner. Son poids a augmenté de 7 kilos depuis l'appendicectomie.

Bref, nous voyons que les résultats opératoires sont parfaits, que le traitement chirurgical a fait la preuve de la nature non tuberculeuse des symptômes, en faisant disparaître les symptômes alarmants : l'amaigrissement, les troubles dyspeptiques, la toux et la fièvre.

Walther fait cependant quelques restrictions. Des phénomènes douloureux, une santé défectueuse, un mauvais état intestinal peuvent exister encore après l'opération. Il s'agit alors de malades ayant un long

passé toxi-infectieux et présentant des phénomènes de colite.

Aussi, recommande-t-il de faire une exploration large de tous les organes voisins de l'appendice, le cæcum, le côlon, l'épiploon où l'on trouve des lésions ressortissant partie à l'appendicite chronique et à la colite.

De toute façon en peut conclure que, le médecin doit s'entourer de toute précaution et ne parler d'intervention que lorsque sa conviction est bien assise, et le diagnostic cliniquement et anatomiquement posé, mais, ceci bien établi, il dépend de lui souvent de faire cesser par l'intervention opportune un état pathologique grandement préjudiciable au malade et particulièrement dans les formes que nous avons eu en vue, de soustraire le malade et l'entourage à la crainte du diagnostic redoutable de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(In th. Sainte-Marie-Dodeuil, Paris, 1906.)

Auguste T..., vingt ans, entre le 26 octobre 1904 à la Pitié, salle Gerdy, n° 23.

Antécédents familiaux. — Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire, son père et sa sœur sont suspects de la même maladie.

Andécédents personnels. — Aucun passé pathologique. Bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans.

Histoire de la maladie. — Il y a un an, cette jeune fille a commencé à mal s'alimenter et à perdre ses forces.

Son médecin, considérant et ce dépérissement sans cause appréciable et les antécédents familiaux, a redouté une menace de tuberculose pulmonaire. Il a soumis cette malade à la suralimentation et aux piqûres de cacodylate.

Or, par l'interrogatoire, on apprend que les premiers phénomènes de dénutrition furent accompagnés de tiraillements dans la région épigastrique avec irradiation dans tout l'abdomen sans prédominance toutefois dans la fosse iliaque droite.

Sous l'influence du traitement, l'état général ne s'est pas

amélioré, au contraire, les digestions sont devenues difficiles, quelques rares vomissements et de fréquentes douleurs abdominales sont survenus.

Onze jours avant son entrée à l'hôpital, cette malade ressentit dans la région épigastrique des douleurs violentes qui persistèrent pendant tout le jour sans entraver le travail. Pas de vomissements.

Le lendemain, sensation douloureuse dans tout l'abdomen avec une selle glaireuse. Inappétence complète;

La malade s'alite et continue à souffrir jusqu'au cinquième jour après le début. Le médecin prescrit une purgation, des lavements, des compresses calmantes sur le ventre.

La douleur finit par se localiser dans la fosse iliaque droite et la fièvre apparaît.

Au neuvième jour de la crise, la malade entre dans le service de notre maître, se plaignant de douleurs continues avec paroxysmes.

Examen. — L'aspect général est chétif et le faciès d'un blanc jaunâtre.

Le ventre est un peu ballonné, la palpation superficielle est douloureuse dans toute la partie droite de l'abdomen. La pression profonde est empêchée par la défense musculaire.

La percussion dénote une zone de submatité de trois travers de doigt, ayant pour centre le point de Mac Burney.

Constipation opiniâtre. Pouls 102; température 38°8.

Rien à noter aux autres appareils. Aucun signe stéthoscopique aux poumons.

2 novembre. — Cessation de la fièvre.

7 novembre. — Masse un peu tendue au niveau de l'appen-

dice et due aux adhérences peri-appendiculaires, submatité à ce niveau.

On fait cesser la constipation par un suppositoire peu efficace, puis par un lavement huileux prudent.

Rien à l'utérus ni aux annexes.

14 novembre. — Masse profonde appréciable au détroit supérieur. Le cul-de-sac vaginal droit est un peu douloureux.

21 novembre. — L'annexite s'atténue. Résistance musculaire rendant difficile l'exploration de l'appendice.

2 novembre. — Bon état annexiel. On commence à percevoir un cordon dur au milieu des adhérences péri-appendiculaires.

5 décembre. — On n'apprécie plus l'appendice lui-même. *Appendicite le 14 décembre 1904.* Incision latérale, adhérences intimes du cæcum à la paroi antérieure sur une étendue de 3 centimètres. Après avoir détaché, les unes des autres, les anses intestinales unies par des fausses membranes, on trouve sur le cæcum un noyau induré autour duquel se faisaient les adhérences.

L'appendicite (15 cm.) est turgescent, rouge, vascularisé. A 4 centimètres de sa pointe s'attache une anse intestinale. Méso épais, large.

Examen histologique. — Folliculite hémorragique.

En plusieurs points, la muqueuse manque totalement, en d'autres endroits, on retrouve glandes et muqueuses intactes. Sclérose intense du méso.

Sortie le 12 janvier 1905, cette opérée que nous avons revue est devenue méconnaissable par sa santé prospère.

Elle s'alimente à merveille et n'a plus cet aspect malingre, qui avait fait redouter chez elle une menace de tuberculose.

OBSERVATION II

(Comby, *Société médicale des Hôpitaux*, 26 mai 1905.)

Un jeune Argentin de vingt-cinq ans avait joui jusqu'à sa vingt et unième année d'une santé parfaite.

Il y a quatre ans, il commença à maigrir et bientôt il avait perdu 15 kilogrammes, devenant absolument méconnaissable. Maigreur frappante, teint blême, anorexie, dégoût pour les aliments.

De nombreux médecins de Buenos-Ayres furent consultés; le suc gastrique fut analysé, *les crachats furent examinés*, les poumons auscultés attentivement. Rien de net et de positif ne fut découvert. Les uns opinèrent pour la dyspepsie chronique, les autres pour la neurasthénie, certains suspectèrent la phtisie.

On prescrivit un régime sévère, le séjour à la campagne. Le malade s'y soumit sans résultat appréciable. Il fut alors envoyé plus loin, dans la partie montagneuse de la République argentine; à Cordoba, séjour préféré des débilités et des phtisiques. Il y fit deux cures sans succès.

De guerre lasse, il vient en Europe consulter un médecin de nos hôpitaux qui le déclare anémique et l'envoie à Saint-Moritz, dans l'Eugadine. Il passe six semaines dans un sanatorium d'altitude et rentre en France absolument découragé.

Entre temps, il avait pris l'avis d'un médecin allemand qui ne lui avait pas apporté plus de profit.

J'avais eu l'occasion à deux ou trois reprises, en 1904,

d'entrevoir ce jeune homme; j'avais été frappé de sa pâleur, de sa maigreur, mais il ne m'avait pas consulté. Un jour, il me manda pour une indigestion qu'il croyait avoir. Il avait vomi son dîner.

Je conclus à une appendicite aiguë légère, ce dont le malade fut ravi.

En quelques jours il fut sur pieds et vint me trouver pour se soumettre à mon examen après la crise. Le ventre était souple, la palpation facile; la douleur au point de Mac Burney me parut insignifiante. Néanmoins, je maintins mon diagnostic et je cherchai dans le passé du malade les vestiges de crises analogues à celles qu'il m'avait été donné de constater. Il se souvint alors qu'à deux reprises au moins, pendant un séjour à Buenos-Ayres, il avait éprouvé tout à coup des douleurs abdominales très vives, mais de courte durée (deux à trois heures). Ces douleurs n'avaient pas été accompagnées de vomissements et n'avaient pas arrêté le malade, outre ces petites crises ébauchées d'appendicite, le malade avait depuis quatre ans une constipation opiniâtre, des gaz, des renvois nidoreux, une langue sale, une bouche amère. Tout cela pouvait être mis sur le compte d'une intoxication intestinale chronique.

M. Jalaguier consulté partagea mon idée et conseilla l'ablation. Mais, le 16 mars 1905, pendant qu'on endormait le patient, il avoua que l'appendicite était seulement probable et qu'on pouvait s'attendre à trouver un organe sain. C'est dire que, jusqu'au dernier moment, une certaine incertitude planait pour le diagnostic.

Mais, le sommeil chloroformique obtenu, la palpation profonde de la fosse iliaque fit reconnaître que l'appendice était

gros. En effet, après l'incision des différentes couches, l'organe fut aisément découvert : il était volumineux, uni au cæcum par de nombreuses adhérences fibreuses.

Les lésions : adhérences multiples, augmentation de volume, sclérose oblitérante, folliculite, etc., attestaient une appendicite chronique de date très ancienne et justifiaient amplement l'opération.

Les suites furent bonnes et le malade sortit le 5 avril 1905 de la maison de santé. Il était bien portant. Appétit satisfaisant, digestions parfaites.

Je l'ai revu au mois de juin 1905, la guérison s'est maintenue, l'état général est florissant.

OBSERVATION III

(Soupault, Société médicale des Hôpitaux, 27 nov. 1903.)

M..., vingt et un ans, délicate et chétive, se plaint depuis longtemps de troubles gastro-intestinaux. Elle est amaigrie, pâle et fatiguée.

On la croit atteinte de *tuberculose pulmonaire*, mais plusieurs examens ne révèlent rien à l'auscultation.

Les règles sont irrégulières et douloureuses. Les dernières, accompagnées de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, de vomissements, de diarrhée alternant avec la constipation nécessitèrent le repos au lit.

A l'examen, on trouve un point très localisé à droite, mais un peu bas vers la région de l'ovaire, vomissements porracés. Température 39 degrés. Pouls 104. Appendicite indiscutable, opérée après plusieurs semaines de repos.

OBSERVATION IV

(D^r Claisse, *in Bulletin de la Société médicale
des hôpitaux*, 3 février 1911.)

Pierre B..., vingt-neuf ans. Il s'agit d'un homme bien développé, d'excellente santé habituelle, se livrant sans inconvénient à des exercices violents, à divers sports. Il n'a jamais eu de maladie importante, et se souvient seulement qu'à l'âge de onze ans il a eu à maintes reprises, pendant environ six mois, des crises abdominales extrêmement pénibles. Il criait, se roulait à terre, restait allongé quelques heures puis, tout rentrait dans l'ordre.

A l'âge de vingt-huit ans, P. B... commence à maigrir, il se sent fatigué au moindre effort, les digestions sont lentes, l'appétit diminue, la langue est chargée. Il trouve d'abord l'explication bien naturelle de ces faits dans la fatigue et le chagrin que lui vaut l'évolution d'un cas de tuberculose pulmonaire dans son entourage. Puis, l'amaigrissement et la faiblesse augmentant, il en vient à se demander s'il n'a pas contracté lui-même la tuberculose.

Bien au courant des choses de la médecine et connaissant l'épreuve de la marche de Daremberg, il prend sa température au retour de courtes promenades, constate qu'elle s'élève à 38 degrés et au-dessus, me communique ses craintes et je ne puis m'empêcher de les partager. Pourtant, je suis frappé de ce fait que l'auscultation, faite minutieusement à plusieurs reprises, ne révèle aucune lésion pulmonaire et que les troubles toxiques paraissent provenir de l'appareil diges-

tif. Les diverses tentatives médicamenteuses et diététiques restent toutefois sans effet. Des semaines s'écoulent et la situation reste la même : faiblesse, amaigrissement, fièvre de mouvement sans aucune lésion pulmonaire. Bien que la palpation de l'abdomen ne révèle aucun point douloureux, l'idée d'appendicite chronique finit par prendre corps et, c'est le patient lui-même, dont un ami a été guéri par opération dans des conditions analogues, qui réclame l'intervention et fait appel à son ami le Dr Bassuet. L'opération a eu lieu le 11 juin 1910. Elle est fort laborieuse, l'appendice long, grêle, fibreux, étant entièrement emprisonné dans un tissu scléreux d'ancienne péritonite adhésive.

Les suites opératoires sont des plus simples. L'appétit revint dès les premiers jours, et, avant même d'avoir quitté le lit, le patient a repris une alimentation normale, digère parfaitement et a le teint frais.

Il part bientôt à la campagne et m'écrit que le 20 juillet il a gagné 4 kilos. Depuis lors, il a repris, sans aucun malaise, les exercices physiques qu'il avait dû abandonner. Les accès de fièvre qu'il commandait à volonté par une marche de dix minutes, ont définitivement disparu.

Depuis lors, j'ai revu P. B... à diverses reprises, sa santé est parfaite.

J'ajouterai incidemment qu'un frère de B. P., A. B..., âgé de vingt et un ans, éprouvant lui-même des malaises un peu comparables à ceux de son frère, obsédé par une maigreur et un teint terreux qui lui valaient de continuelles plaintes de l'entourage, a réclamé lui-même l'opération. Aucun argument tiré de son passé n'existait, la réaction fébrile man-

quait, et pourtant nous n'avons pas cru devoir résister à son désir formellement exprimé.

L'opération a été faite le 19 janvier 1911. L'appendice était aussi fort long et fibreux, mais sans adhérences. Il fut facilement enlevé et les suites furent simples. L'alimentation normale a été reprise depuis plusieurs jours. Les digestions sont normales et le patient, rose et frais, se sent en parfait état.

Ce deuxième cas est d'ailleurs trop récent pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives.

OBSERVATION V

(Obs. du Dr Walther, 6 avril 1911.)

In Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.

M^{lle} B..., vingt-deux ans, entrée le 13 mars 1911, à l'hôpital de la Pitié, pavillon Lisfranc, n° 2.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à sept ans. Aurait fait une maladie à onze ans qu'on a étiquetée pleurésie à droite; n'a pas été ponctionnée. Ventouses, suralimentation campagne.

Réglée à douze ans régulièrement, sans douleur, durée huit jours.

En octobre 1907, a été prise brusquement une nuit, vers 2 heures du matin, de fortes douleurs dans tout l'abdomen, accompagnées d'un seul vomissement bilieux. A été soignée à ce moment par MM. Quénu et Duval qui ont diagnostiqué une crise appendiculaire. Glace sur le ventre,

repos au lit pendant vingt et un jours ; régime : eau, bouillon légumes, pâtes, purées.

Température pendant quatre jours ; premier soir, 39 degrés ; quatrième jour est tombée à 37°5.

Défense musculaire à droite.

Constipation.

A repris ses occupations au bout de vingt et un jours.

Depuis, n'a jamais souffert à proprement parler du ventre, mais a eu des périodes d'amaigrissement, de lassitude, survenant d'une façon irrégulière et durant huit à dix jours.

L'appétit disparaissait.

N'a jamais ressenti de douleur au creux épigastrique, pas de barre épigastrique, pas de nausées, pas de vomissements ; fonctions intestinales régulières, pas de glaires ni de fausses membranes dans les matières ; pas de constipation ; pas de diarrhée.

En somme, période de grande fatigue et d'amaigrissement pendant huit à dix jours, survenant à des époques irrégulières.

Depuis le mois d'octobre 1910, amaigrissement plus marqué, a maigri de 15 livres. Quintes de toux sans expectoration, pas d'hémoptysie.

A partir de ce moment, l'état général reste mauvais, la malade maigrit de plus en plus, la toux s'accroît encore avec les mêmes caractères de sécheresse et de quintes sans jamais d'expectoration.

L'examen pratiqué au mois de janvier montre que malgré cet état de faiblesse extrême, d'amaigrissement rapide, malgré cette toux persistante, il n'existe aucun signe net de lésions pulmonaires ; la respiration est faible aux deux som-

mets mais plus particulièrement au sommet droit où la sonorité semble légèrement diminuée; en somme, on ne trouve que les signes témoignant d'une mauvaise ampliation du sommet du poumon.

La langue est sale, l'appétit est presque nul, sans aucune douleur, ni dans le ventre, ni au creux épigastrique.

Mais, à l'exploration de l'abdomen, on constate que le cœcum est épaissi, non douloureux et qu'il existe une douleur très nette et bien localisée au niveau de l'angle iléo-cœcal avec défense musculaire marquée.

C'est à ce moment seulement que la malade, de nouveau interrogée sur ses antécédents, raconte qu'elle a eu, en 1907, une crise bien nette d'appendicite.

Elle est mise alors au régime alimentaire très sévère des appendicites. (Pâtes, purées, légumes, viandes grillées, suppression du bouillon gras, du lait, des œufs, des graisses.) Sous l'influence de ce régime, l'état général s'améliore progressivement, l'appétit renaît, la teinte subictérique des téguments s'atténue, mais la sensibilité persiste au niveau de l'angle iléo-cœcal ainsi qu'un certain degré de défense musculaire.

La toux, elle aussi, avait subi les mêmes modifications diminuant progressivement à mesure que l'état général s'améliorait.

Devant la persistance des signes locaux et l'impossibilité de permettre à la malade une alimentation plus variée et plus substantielle, avec le travail auquel l'astreint sa profession, M. Walther lui conseille une intervention.

Opération. — Le 15 mars.

Incision latérale.

Appendice rétro-cæcal avec méso-falciforme. L'appendice est légèrement tordu, il est très vasculaire, œdématié, toute sa sa moitié terminale est en érection.

L'appendice enlevé, long de 10 centimètres, à parois épaissies, couvertes d'arborisations vasculaires, contient des boulettes fécales; à l'ouverture de la cavité de l'appendice, on trouve des lésions accentuées de folliculite hémorragique près de la pointe et dans la moitié supérieure. Ces deux zones de follicules sont séparées par une bande de sclérose à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

OBSERVATION VI

*In Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, Dr Walther,
31 mars 1911.)*

Le nommé G... (Georges), âgé de quatorze ans, entre le 13 mars 1911, pavillon Michon.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants; la mère a été opérée il y a quatre ans d'un sarcome du sein; frères et sœurs bien portants; cependant, un des frères a été soigné et l'est encore dans le service pour un petit lupus du talon droit avec minime lésion osseuse sous-jacente.

Antécédents personnels. — Nourri au sein par sa mère, n'a pas eu de troubles digestifs dans l'enfance, pas de maladie spéciale à signaler: ni rougeole, ni diphtérie, ni scarlatine, ni coqueluche, on note simplement de l'eczéma dès la naissance et on en retrouve des traces actuellement encore. Ce

qui domine dans les antécédents, ce sont les troubles respiratoires. L'enfant dormait la bouche ouverte, ronflait la nuit et avait des tendances à s'enrhumer. Ces bronchites, au dire du malade, duraient un mois, quelquefois plus, pendant lequel la toux présentait le caractère nettement quinteux, survenant la nuit surtout. Ces bronchites, du reste, apparaissaient aussi bien en hiver qu'en été.

Il y a trois ans, à cause de ces troubles respiratoires, la mère conduit l'enfant à un médecin qui lui fait des piqûres d'eau de mer et conseille l'ablation des végétations et des amygdales. Ce conseil fut suivi, les végétations raclées et les amygdales morcelées. Après l'opération un mieux se fit sentir et pendant un an l'enfant n'eut pas de bronchite.

Mais, depuis la fin de novembre 1910, l'enfant s'est remis à tousser par quintes, la nuit surtout; parfois même, il éprouve de véritables étouffements.

C'est pour ces troubles que la mère, qui est une ancienne opérée de M. Walther, lui a conduit son enfant.

Examen général. — C'est un enfant de quatorze ans, assez bien constitué, assez fort et grand pour son âge. Son facies est adénoïdien.

Nez large, bouche fréquemment ouverte; on voit que l'enfant a peine à respirer par le nez. L'examen du squelette ne montre pas de déformations rachitiques ni autres; peut-être l'hémi-thorax gauche est-il plus proéminent que le droit. Rien à la colonne vertébrale. Voûte palatine ogivale; pas de crête médiane, pas de triade d'Hutchinson.

Le rhino-pharynx est rouge; on voit les amygdales morcelées qui se reforment mais ne sont pas grosses; pharyngite chronique marquée.

L'examen des ganglions montre de la micro-polyadénopathie généralisée.

On note sur la peau des cicatrices, traces d'anciennes lésions cutanées ; actuellement, l'enfant présente sur tout le corps, mais aux mains principalement, des lésions caractéristiques de gale avec sillons très nets et ulcérations de grattage. A l'oreille gauche, petites plaques d'ecthyma au niveau du pavillon.

Examen de l'appareil respiratoire.— Pas de déformation à l'inspection.

Percussion. — En avant rien de spécial.

En arrière, petite zone de submatité dans la région hilare droite, troisième dorsale.

Auscultation.— En avant, l'expiration paraît plus rude, parfois soufflante à gauche, mais il suffit de faire tousser l'enfant pour modifier l'expiration.

En arrière, l'expiration est peut-être un peu plus forte à gauche qu'à droite.

Appareil digestif. — Antécédents digestifs nuls.

L'enfant raconte qu'il avait bon appétit, digérait très bien ; quelquefois petites céphalalgies ; jamais de nausées, de vomissements ni de douleurs dans le ventre. Pas de constipation.

A l'interrogatoire répété et en insistant sur cette recherche, on apprend qu'il y a deux mois l'enfant, travaillant chez son patron, marchand de beurre, absorbe un bol de lait ; dix minutes après, il vomit ce lait et se sent pris de douleurs assez bien généralisées dans tout le ventre d'abord ; il pâlit ; ce voyant, on le fait coucher ; il souffre du ventre pendant

une demi-heure, dit bien que la douleur était plus vive à droite.

Après une ou deux heures de repos chez son patron, l'enfant est rentré chez lui et s'est alité. On fait venir un médecin qui ausculte l'enfant mais ne lui palpe pas le ventre et ordonne une potion. Au bout de peu de temps, l'enfant ne se ressentant de rien a repris la vie normale sans continuer à travailler ; il n'a suivi aucun régime et n'a pas présenté d'autres troubles digestifs.

Amené par sa mère le 13 mars.

Admis le 13 mars pavillon Michon.

Depuis son entrée, l'enfant n'est allé qu'une fois à la selle.

Examen. — Pas de modification d'aspect du ventre, le réflexe abdominal est normal.

Palpation. — La fosse iliaque gauche est souple, indolore ; on ne sent pas de corde colique. La palpation du côlon transverse n'est pas douloureuse ; dès qu'on a franchi la ligne médiane, le droit contracturé empêche la palpation.

Le muscle droit est en effet nettement contracturé et, même quand on trompe l'attention de l'enfant, on ne peut le déprimer. La palpation de toute la moitié droite du ventre est douloureuse, mais avec des maxima. La palpation de l'angle sous-hépatique du côlon est douloureuse mais c'est surtout au niveau et un peu en dedans du point de Mac Burney que cette douleur est vive ; au-dessus de l'arcade crurale, douleur moins intense. On ne sent pas l'appendice, on ne sent pas de gargouillement, un peu de submatité au pourtour de l'épine iliaque droite.

Le foie, un peu abaissé, déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. La rate n'est pas perceptible.

Toucher rectal : pas d'empâtement, un peu de sensibilité en haut et à droite. La langue est blanche, chargée.

Les urines un peu chargées en phosphates : quantité 750 grammes en vingt-quatre heures.

Pas de température.

Rien au cœur. Pouls normal.

Rien aux organes génito-urinaires.

20 mars. -- L'enfant a un lavement; depuis ce moment, il va régulièrement à la selle; la langue s'est nettoyée, mais la fosse iliaque droite est restée douloureuse avec maximum au niveau de l'angle colique droit, mais surtout un peu en dedans du point de Mac Burney.

On soigne la gale par une frotte et l'application de pommade soufrée; depuis, les démangeaisons ont disparu.

Pas de signes respiratoires; l'enfant a beaucoup moins de quintes de toux, il tousse cependant encore la nuit.

Quant à la radioscopie, elle n'a révélé rien de spécial et a été absolument conforme à la radiographie.

OBSERVATION VII

(Brunon, in *Bulletin médical*, 10 novembre 1911.)

21 mars 1910. — On m'amène dans mon cabinet une petite fille de huit ans ayant bon aspect. Mais elle tousse chaque hiver depuis trois ans et cet état « fait craindre pour sa poitrine ». Elle est d'ailleurs soignée pour « bronchite spéci-

fique » disent les parents, sans attacher d'importance à cet état.

La toux a un caractère coqueluchoïde : elle s'accompagne de rougeurs de la face et de rejet de mucosités. Elle est assez fréquente, la nuit, pour gêner le sommeil. Du côté de la poitrine les signes physiques sont vagues : pas d'amaigrissement sous-claviculaire ou sous-épineux, pas de matité ; ni râles ni craquements ; la respiration est rude aux deux temps et des deux côtés. Le chuchotement de Despine est net.

Il existe une chaîne ganglionnaire cervicale en grains de plomb. Les amygdales sont assez volumineuses. L'ouïe est diminuée à gauche. L'enfant fait souvent répéter ce qu'on lui dit. Elle tend l'oreille. Elle est distraite.

Il y a de la fièvre ; la température est de 38°5 à 3 heures de l'après-midi.

En somme, bronchites répétées depuis deux ou trois ans. Actuellement, toux fréquente avec rejet de mucosités, fièvre, signes physiques obscurs.

Il y a antagonisme entre cet ensemble et l'état général très bon. Je fais des réserves sur le diagnostic tuberculose pulmonaire et pense, provisoirement tout au moins, à des accidents d'adénopathie trachéo-bronchique.

Je conseille le repos au lit, sévère jusqu'à la disparition de la fièvre. Des enveloppements froids du thorax, et une bonne alimentation. Aération nocturne et diurne constante.

Une vingtaine de jours plus tard, le 8 avril, je revois la malade. La toux a beaucoup diminué. Celle du jour a beaucoup diminué, celle de nuit est devenue rare, et même, il n'y

a pas de toux depuis sept nuits. Il y a encore quelques mucosités. L'appétit est excellent.

Le poids a augmenté de 500 grammes depuis le traitement.

Je ne revois la malade que dix semaines plus tard, le 21 juin. Elle est moins bien ; on a abandonné le traitement. L'enfant se lève et va en pension.

La toux est revenue ; il y en a cinq ou six accès par jour, surtout quand l'enfant a marché dans la journée.

La température atteint 37°6, 37°8 le soir. Le pouls est à 96, dès que l'enfant marche. L'aspect général est toujours bon. L'appétit, le sommeil également.

A l'auscultation, toujours fort peu de chose. Rien même, sûrement, ni râles, ni craquements. L'enfant a augmenté de poids : 2 kgr. 500 depuis le début du traitement.

En somme, retour de la toux, persistance de la fièvre. Rien à l'auscultation. Bon état général. Cependant mon diagnostic *pas de tuberculose pulmonaire*, commence à être ébranlé dans mon esprit. Cette persistance de la fièvre m'inquiète,

25 juillet. — Nouvel examen de la malade.

La petite toux persiste, régulière chaque jour. Elle réapparaît la nuit. La température atteint 37°8 le soir. Les signes physiques sont toujours nuls. L'urine ne contenait pas d'albumine ; actuellement il y a de 5 à 10 centigrammes.

L'enfant a encore augmenté de poids. Elle pèse 32 kilogrammes et pesait 27 kgr. 500 à la première visite, en mars. J'ajoute 500 grammes de lait au régime et je supprime la viande.

11 août. — Depuis le régime lacto-végétarien, la fièvre a

disparu, la toux a beaucoup diminué de fréquence. Le poids est à peu près stationnaire.

A l'auscultation, je trouve une respiration rude à gauche et faible à droite, en avant sous les clavicules.

Mais, un fait nouveau s'est produit. Lorsque l'enfant a joué, avec ses compagnes, le dimanche en particulier, elle est très fatiguée ; sa figure se tire, et elle a une barre dans le ventre. Quelquefois elle marche un peu pliée en avant.

J'examine le ventre. Il est ballonné. On me dit même qu'il l'est depuis un certain temps. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements. L'enfant a toujours bon appétit. Au point de Mac Burney, il y a une douleur, à la palpation très nette. Peu vive, mais très nette. La résistance de la paroi à droite est nette également. Je pense alors à l'appendicite et à des accidents pulmonaires de l'appendicite.

On va reprendre le repos absolu, les enveloppements et un régime convenable. On appliquera des serviettes mouillées froides sur le ventre.

29 septembre. — La famille trouve l'enfant beaucoup mieux. Elle ne tousse plus depuis près de six semaines. Cependant, la langue est blanche, le ventre est toujours ballonné, il y a toujours une petite élévation de température le soir. La palpation au point classique est moins douloureuse ; cependant à un bon travers de doigt en dehors de l'ombilic, elle fait faire une grimace à l'enfant.

Je déclare alors à la famille que je crois à une appendicite chronique. Les accidents pulmonaires en sont les conséquences.

Mon diagnostic n'est pas accepté par la famille. L'enfant

tousse, elle a donc quelque chose de pulmonaire et on trouve le traitement efficace et suffisant.

Cependant, on m'amène de nouveau l'enfant le 10 octobre. Elle est retournée à la pension, mais la toux est revenue le huitième jour. Elle est gaie, mais les jeux de ses compagnes la fatiguent. Les yeux sont cernés. La face est légèrement ictérique. Le sommeil est agité. Toutefois bon aspect général. Le ventre est toujours ballonné. Il est jaune dans la partie péri-ombilicale. A la moindre marche, l'enfant est fatiguée; elle se plaint de douleurs du ventre. Elle ne peut pas se coucher sur le côté droit.

Il y a toujours une tendance à une légère élévation de température le soir.

Il n'y a pas de doute maintenant dans mon esprit, et je confirme mon diagnostic d'appendicite chronique avec poussées subaiguës subintrantes.

Je ne revois plus la malade qu'en janvier 1911.

A ce moment, la mère de l'enfant me raconte que le 1^{er} décembre, à 8 heures du matin, a éclaté tout à coup une crise aiguë avec vomissements, ballonnement, douleurs de ventre et diarrhée. On crut à une indigestion. La diarrhée et les vomissements persistent de 8 heures du matin à minuit.

L'enfant n'est pas mise au lit. Elle marche dans sa chambre pliée en deux. On appelle le médecin de la famille qui diagnostique une appendicite aiguë. Pendant plus de dix jours, la vie de l'enfant est en danger. Tout finit par se calmer.

Quand je revois l'enfant en janvier 1911, elle ne tousse

plus, ne rejette plus de mucosités. L'amaigrissement est considérable.

La température est de 37°6. Le soir, le pouls est à 88. La langue est saburrale. Il y a souvent des douleurs vagues, des pincements de ventre pendant les repos.

Le point de Mac Burney est toujours douloureux. La peau de l'abdomen est jaune dans la zone péri-ombilicale.

La famille croit que l'enfant est maintenant guérie et de sa « bronchite » et de son appendicite. « Vous voyez, me dit-on, qu'on peut guérir l'appendicite sans opération. » Je fais mes efforts pour corriger cet optimisme et je conseille l'intervention chirurgicale le plus tôt qu'il sera possible.

8 avril. — Surviennent des nausées sans vomissements, des douleurs spontanées dans le côté droit du ventre. Je vois la malade le lendemain : la palpation est impossible à cause de la défense musculaire de la paroi. Heureusement, la famille avait mis l'enfant au lit et au repos absolu depuis le 6 avril.

Enfin, on se rend à mes conseils ; l'opération est décidée.

20 mai. — L'enfant est opérée par mon collègue, M. François Hue. Le cæcum est fixé par de solides adhérences. Impossible de l'amener au dehors. L'extrémité de l'appendice est solidement fixée au-dessous de l'intestin ; elle est perforée mais ne laisse rien suinter.

Les suites de l'opération ont été normales.

La toux a complètement disparu. La santé est excellente. A la date du 15 octobre, le poids de 35 kilos a augmenté de 3 kilos depuis l'opération. La famille constate que l'enfant ne s'est jamais aussi bien portée depuis trois ans.

OBSERVATION VIII

(Brunon, in *Bulletin médical*.)

Il s'agit d'une jeune fille de douze ans d'une pâleur cireuse et très émaciée. Elle a l'aspect et l'intonation d'une adénoïdienne. Ses parents l'amènent le 17 novembre 1910, parce qu'elle *tousse* et parce que deux médecins ont dit qu'elle avait une faiblesse du poumon gauche. On craint la tuberculose pulmonaire.

L'enfant tousse depuis plusieurs mois et en particulier de de janvier à mars, elle a beaucoup souffert d'une toux quinteuse plus fréquente la nuit que le jour.

L'examen des sommets est peu instructif.

On ne trouve rien, sauf peut-être un affaiblissement respiratoire au sommet gauche. Il n'y a ni matité, ni bronchophonie, ni craquements.

On signale encore des symptômes d'*entérocolite*: selles muco-membraneuses sans constipation ni diarrhée.

Au moment où je l'observe, 17 novembre 1911, il n'y a pas de fièvre et pas de douleurs abdominales.

Mais, dans les derniers jours d'octobre, elle avait été examinée par un confrère de Paris qui avait constaté une douleur dans la fosse iliaque droite et avait fait appliquer de la teinture d'iode. L'enfant se plaignait de son ventre et les parents étaient inquiets de sa pâleur, de sa faiblesse, et des *nausées fréquentes* mais sans vomissements. L'enfant avait constamment « le cœur barbouillé ».

Mais, au 17 novembre, pas de douleur ni spontanée ni provoquée par la palpation.

Ce qui inquiète surtout la famille, c'est la toux.

Je prescris le repos. L'aération constante. La révulsion par les serviettes mouillées et un régime végétarien.

31 mars 1911. — Cinq mois après le premier examen, je revois la petite malade. Même pâleur, même maigreur, même toux, pas de fièvre. Mais douleur très nette au point de Mac Burney. Je parle alors d'appendicite chronique à la famille et je conseille le repos absolu au lit pendant huit jours avec régime végétal et alimentation peu copieuse.

Applications froides sur le ventre.

8 avril. — La toux a beaucoup diminué. Les sommets continuent à être muets, mais tous les autres signes persistent ; grande faiblesse générale. Nausées fréquentes.

Douleur dans ce côté droit du ventre après la marche, assez vive à la pression. Pas de constipation. Pour la première fois, on constate une petite élévation de température rectale, $37^{\circ}4$ le matin, $37^{\circ}8$ le soir. Le pouls est à 116, il n'y a aucune trace d'albumine.

Le ventre n'est ni ballonné ni jaune, mais on y remarque quelques taches lenticulaires, absolument semblables à celles de la fièvre typhoïde.

L'intervention chirurgicale est décidée en principe.

25 avril. — Elle a lieu. On trouve sur la muqueuse de l'appendice deux exulcérations séparées par un étranglement. La plus ancienne siège à l'extrémité de l'appendice qui est renflée en massue. Dans le canal, on trouve un calcul stercoral du volume d'un grain de millet.

Pas d'adhérences autour de l'appendice ou du cæcum.

Le lendemain de l'intervention, la température s'est élevée jusqu'à 38° 2. Le troisième jour, une nausée. Puis, abaissement graduel de la température et abaissement du pouls à 86 dès le quatrième jour.

Pas d'incidents, mais persistance d'une toux assez fréquente pendant plus de huit jours.

Quinze jours après l'opération, la toux avait complètement disparu et, six mois après l'intervention, n'a pas reparu. D'ailleurs l'enfant est transformée ; on est obligé de la rationner, son poids a augmenté de 7 kilos depuis l'appendicectomie.

OBSERVATION IX

(Brunon, in *Bulletin médical*.)

Le 13 février 1911, je suis appelé auprès d'une jeune fille de dix-sept ans que je connais depuis son enfance. Brusquement elle a de la fièvre.

La température vespérale atteint 38° 4. Le pouls est à 90. La langue est un peu blanche. La malade n'accuse aucune douleur. Il n'y a ni céphalée, ni insomnie, ni constipation, ni diarrhée. Pas de vomissements, pas d'épistaxis.

La jeune fille déclare qu'elle n'est pas malade. Pas de toux. Rien à l'auscultation.

En palpant le ventre, on constate une légère résistance de la paroi à droite de l'ombilic et une douleur à la pression.

Cette douleur est vague, peu marquée, diffuse dans la région iléo-cæcale. Je pense à l'appendicite chronique mais j'ajourne mon diagnostic.

15 février. — Deuxième examen. La fièvre continue. Température 37 degrés le matin et 38 degrés le soir. La douleur à la pression dans la fosse iliaque droite persiste. Il n'y a pas de résistance musculaire.

L'état général continue à être très bon. L'examen de tous les organes est négatif. Toute la maladie est constituée par cette douleur et la fièvre.

Il n'y a ni nausées, ni vomissements, ni constipation.

L'appétit est toujours bon ; la malade voudrait se lever. Alors, je parle d'appendicite chronique possible. Le mot d'appendicite provoque toujours l'idée d'intervention chirurgicale et on n'en veut pas dans la famille. Est-ce que je n'aurais pas des tendances à voir des appendicites partout ?

Les jours suivants, l'enfant étant tenue au lit la douleur disparaît et après plusieurs examens négatifs, j'abandonne mon diagnostic. Ce qui fait plaisir à tout le monde.

Je pense à la possibilité d'une fièvre continue bénigne quoiqu'il y ait contre cette hypothèse, le début brusque, l'absence de céphalée et d'insomnie et de manifestations intestinales, *l'état général excellent*.

On pourrait penser aussi à une tuberculose anormale.

Le caractère continu de la fièvre depuis plusieurs semaines sans autres phénomènes plaident en sa faveur.

4 mars. — J'organisai une cure d'air dans le jardin et pendant quinze jours, la température s'abaissa vers 37°5. On pouvait croire être dans la bonne voie.

20 mars. — La température dessine d'assez grandes oscillations. 37°5 le matin, 38°5, 38°8, 39 degrés le soir. Le pouls reste entre 90 et 100.

L'alimentation a été liquide jusqu'ici. On commence à

donner des œufs (de 1 à 4 par jour), des fécules et des fruits cuits.

De mai à juillet, on tente l'usage discret de quelques antithermiques avec lotions froides, drap mouillé, bains à 32 degrés.

Tout est inutile : la fièvre persiste. Il y a 38 et 39 degrés chaque soir.

Il semble même que le traitement exigeant un déplacement et une fatigue fait monter la température.

En juillet, la température vespérale tend à rester au-dessous de 38 degrés.

20 juillet. — La malade désirant ardemment un séjour en plein air part pour la campagne. Depuis six mois, elle a de la fièvre et rien autre chose. Les organes interrogés souvent sont tous restés muets. Rien de pulmonaire; rien d'abdominal. Bon appétit. Bonne digestion. Bon sommeil. Il y a simplement pâleur, amaigrissement et découragement.

A plusieurs reprises, on a signalé une vague douleur dans l'aîne droite. Rien à la palpation.

Le séjour à la campagne n'amène aucune amélioration. La fatigue du déplacement a donné de grandes oscillations 37 degrés le matin, 39 degrés le soir. Après un mois de séjour à la campagne, il y aurait plutôt aggravation. La température du soir ne descend plus au-dessous de 38 degrés; elle oscille entre 38 et 39 degrés. La malade mange bien, digère parfaitement, mais elle maigrit et sa tristesse se traduit par des crises de larmes.

Un ancien élève et distingué confrère, M. Moncany à qui la malade est confiée ne peut trouver aucune manifestation

précise expliquant l'état fébrile continu. Il émet l'hypothèse d'une localisation probablement pelvienne.

28 août. — La malade est vue en consultation avec M. Claisse. Notre savant confrère constate qu'elle est sensiblement dans le même état qu'au moment du départ de Rouen : fièvre quotidienne accusée par le mouvement.

Pas de sueurs nocturnes, aucun signe objectif ou subjectif. Elle ne tousse pas.

L'appétit est suffisant et les digestions sont bonnes.

Rien en somme qui explique une fièvre de six mois.

On pouvait s'attendre à trouver des indices stéthoscopiques de localisation pulmonaire. Il n'y a rien.

Mais, en palpant l'abdomen, on constate que la région de l'appendice est douloureuse. On ne trouve pas la défense nette au point de Mac Burney que provoque le moindre contact dans les formes aiguës d'appendicite. Mais, en appuyant profondément, on détermine chaque fois une défense musculaire qui n'existe pas à gauche.

L'évolution, depuis un mois, est de nature à confirmer ces soupçons et l'argument tiré de la longue durée sans localisation tuberculeuse est d'une grande valeur.

27 septembre. — M. Alglave est appelé en consultation auprès de la malade.

Cette consultation aboutit aux mêmes conclusions : appendicite chronique ; absence de lésions capables d'expliquer la fièvre. On fait toutes réserves sur la nature de l'appendicite (bacillose de l'angle iléo-colique possible).

4 octobre. — Opération par le Dr Alglave.

On trouve l'appendice entièrement fixé au cæcum par des adhérences solides sans foyer suppuré, sans traces de tuber-

culose. L'extirpation fut assez laborieuse et un drain fut placé entre les sutures. Suites très simples. Température entre 36 et 37 degrés, pouls bien frappé.

24 octobre. — La fièvre n'a pas reparu. Le dernier mot n'est peut-être pas dit sur l'évolution de ce cas, mais le diagnostic a été contrôlé par l'intervention.

OBSERVATION X (Inédite)

(D^r Brunon et D^r F. Hue.)

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, qui vient consulter le 3 avril 1911, parce qu'elle a des douleurs sur les côtés de la poitrine et qu'elle tousse.

Il y a cinq ans accouchement normal. Pas de fausse couche. Actuellement bien réglée.

Les douleurs dont elle se plaint persistent depuis un an et reviennent tous les jours. Leur siège est assez vague ; c'est la région épigastrique, les deux hypocondres avec irradiations sous les seins.

Dans le dos, entre la troisième et la sixième dorsale, dans le ventre et la région ombilicale.

La douleur épigastrique est la plus vive. La douleur abdominale sus-ombilicale est augmentée par la marche et s'accompagne alors d'essoufflement.

De temps en temps, depuis un an, douleur subite à la base du thorax réveillant la malade et gênant sa respiration. Angoisse. La malade croit qu'elle va mourir.

Il y a des vomissements bilieux fréquents depuis un an, quelquefois alimentaires. Constipation.

Bronchite depuis l'accouchement, c'est-à-dire depuis cinq ans.

Bronchites répétées chaque hiver avec expectoration assez abondante, 15 à 20 par jour.

Grande tristesse, la malade est apathique, répond à peine aux questions. La face est fortement bistrée. Tout le tégument est bronzé. La peau de l'abdomen en particulier est addisonienne. L'utérus est normal.

L'urine ne contient pas d'albumine.

Le pouls est à 84. La température 37°7.

Les signes physiques sont nuls. Pas de râles. Il y a un contraste frappant entre l'ensemble symptomatique et l'absence de signes physiques aux sommets.

Le médecin traitant croit à une tuberculose pulmonaire, mais, il faut faire des réserves et attendre un nouvel examen.

L'alimentation étant à peu près nulle, on prescrit le repos, 1 à 2 litres de lait et 2 lavements alimentaires par jour.

24 avril. — La malade a bien fait le traitement.

Elle a pris 1 litre de lait et 2 lavements alimentaires par jour. Elle est mieux et se sent plus forte.

Mêmes douleurs sous les seins, dans le dos, le ventre ; vomissements tous les deux ou trois jours avec douleur épigastrique très vive. La malade dit qu'elle est sujette aux indigestions.

Cette remarque me fait penser à l'appendicite chronique.

La palpation du ventre n'est pas douloureuse à gauche : elle l'est légèrement sur le côlon transverse : elle l'est nettement au point de Mac Burney. La pression un peu profonde

fait faire une grimace à la malade. Il n'y a pas de défense musculaire de la paroi; elle est également flasque à droite et à gauche.

18 mai. — La toux persiste. Il y a 10 ou 12 expectorations par jour.

Le pouls est irrégulier et à 100 : il y a toujours une petite élévation de température, 37°6. La température n'est pas prise régulièrement.

Les nausées sont fréquentes le matin, sans vomissements.

Rien à l'auscultation.

La malade est restée trois semaines au lit.

Les douleurs thoraciques et abdominales sont moindres. Moindres également à la palpation. L'aspect général est toujours mauvais : yeux creux et cernés, figure défaite, tristesse, affaissement.

Je propose l'intervention.

12 juin. — Même toux, plus fréquente après les repas. Quinze à 20 expectorations par jour.

Même douleur au point de Mac Burney. A la moindre fatigue les douleurs spontanées réapparaissent.

10 juillet. Même état, nausées chaque jour après les repas.

L'utérus examiné de nouveau est normal.

Toujours rien à l'auscultation du poumon.

18 juillet. — Depuis quelques jours, la température du soir atteint 38 degrés.

20 juillet. — Opération.

L'appendice est libre, sans déformation extérieure et sans elongation.

La muqueuse est rouge et boursouflée légèrement.

Abaissement de température immédiat.

5 avril. — Au départ de la malade, la toux a disparu et l'état général est excellent.

Il reste quelques douleurs thoraciques.

16 octobre. — L'amélioration s'est maintenue quoique la malade tousse toujours un peu. L'augmentation de poids est de 4 kgr. 500 depuis l'opération faite en juillet.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Dr Jeanne)

M^{lle} M..., vingt et un ans.

C'est une jeune fille de bonne apparence, mais nerveuse ; crises avec énervements, fourmillements dans les doigts, cela depuis l'âge de treize ans.

Réglée irrégulièrement. Une fois huit mois sans règles. Le plus souvent un mois d'intervalle, tantôt six à sept semaines. Règles douloureuses.

Il y a un an douleurs dans le bas-ventre. Point douloureux dans la fosse iliaque droite, prédominant. Et depuis toujours sensibilité de ce côté.

Soignée ensuite pour tuberculose pulmonaire à cause de l'amaigrissement léger, de l'état général moins bon, de la toux.

Consultant à Paris parce qu'on craignait la tuberculose pulmonaire, on explore la fosse iliaque droite et l'on porte le diagnostic d'appendicite chronique en conseillant l'intervention.

Deux heures après cet examen, fait d'ailleurs légèrement, elle souffre beaucoup et continue depuis à souffrir.

Elle a fait il y a trois ou quatre mois une crise d'entérite ; glaires dans les selles, coliques avec diarrhée *post prandium*.

Examen. — Juillet 1911. — Rien à signaler sauf le palper de la fosse iliaque, qui décèle deux choses : un cæcum épaissi, sensible, formant une légère tuméfaction.

Un cordon arrondi qui s'en détache transversalement au-devant du psoas, sensible aussi, mais pas plus que le cæcum.

Comme toute la moitié droite de l'hypogastre est sensible aussi, je me décide, en raison des incertitudes du diagnostic, à faire une laparotomie médiane.

21 juillet 1911. — Chloroforme.

Un tout petit hyste du ligament large, sous-tubaire, gros comme un haricot est enlevé.

L'appendicite assez volumineux est transversalement dirigé en dedans, au-dessous du l'iléon, comme le montrait le palper. Son extrémité libre est pelvienne.

Il est absolument normal ; pas d'adhérences ; méso bien développé et souple.

Le cæcum est long et épais et donne sous le doigt cette consistance d'épaississement, d'inégalité, de contracture partielle que le palper pré-opératoire montrait. Examen clinique et constatations opératoires sont donc superposables exactement.

Appendicectomie. Le cæcum est plissé et fixé par deux fils à la paroi, à 2 centimètres de la ligne médiane.

L'appendice ouvert se montra normal et vide.

Revue deux mois après, le 20 septembre : grasse, a augmenté de 8 livres ; en parfaite santé, gaie et pleine d'entrain.

Revue le 6 novembre : les résultats se maintiennent.

CONCLUSIONS

I. — Il y a des cas d'appendicite chronique qui s'accompagnent de phénomènes pulmonaires.

II. — Ces derniers peuvent être les seuls qui attirent l'attention.

III. — Ils simulent la tuberculose pulmonaire.

IV. — Ils sont plus fréquents chez les enfants¹ et chez ceux qui sont adénoïdiens.

V. — Le diagnostic est difficile. Donc, l'indication est chez tous les touseurs de rechercher systématiquement l'appendicite chronique.

V. — Le traitement médical est efficace momentanément, mais trompeur. Le traitement chirurgical est le seul traitement curatif.

Vu : le Président de la thèse,

LETULLE

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BOUGLÉ. — L'Appendicite tuberculeuse in Archives générales de médecine, 1903, t. I, p. 263.
- BRUN. — Appendicite chronique (Presse médicale, 30 mars 1898).
- BRUNON. — Œdème pulmonaire simulant la tuberculose (Press. médic., 3 mai 1911).
- Appendicite ou tuberculose (Bulletin médical, 10 nov. 1911).
- CHEVASSU-PERIGNY. — De la Fréquence de l'appendicite chronique. Thèse de Paris, 1909.
- COMBY. — Appendicite chronique à forme larvée chez l'enfant. Société médicale des hôpitaux, 13 juillet 1906.
- FAISANS. — De l'Appendicite chronique simulant la tuberculose (Bulletin Société médicale des hôpitaux, 2 février 1911, n° 3, p. 62).
- GALLIARD. — Appendicite chronique in Tr. de médecine de Gilbert et Thoinot, 1910.
- GUINARD. — Des Appendicites méconnues (Journal des Praticiens, 1908, p. 819).
- Appendicite, in Tr. de Chirurgie de le Dentu, t. VII.
- JOSSELIN DE JONG (de). — L'Appendicite tuberculeuse in Revue intern. de tuberculose, déc. 1902.
- JALAGUIER — Appendicite, in Traité de Chirurgie de Duplay.
- LE SUEUR. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'appendicite chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1903.

- LETULLE. — Appendicite et tuberculose de l'appendice (Rev. de la tuberculose, 1905, n° 1 chez Masson). Société de Biologie, séance du 19 mai 1906.
- LEUDET. — Archives générales de médecine, 1859, t. II, p. 129.
- MONTAIS. — Appendicite chronique d'emblée, phénomènes dyspeptiques. Thèse de Paris, 1900.
- PESQUEREL. — Appendicite chronique, 1900. Thèse de Paris.
- RASTOUIL. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1901.
- RENON. — Diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire chronique. Paris, 1906, chez Rousset.
- RIOT. — De l'Appendicite chronique. Résultats tardifs de l'opération. Thèse de Paris, 1908.
- RECLUS. — Appendicite chronique d'emblée (Gaz. des hôpitaux, mars 1909, n° 119).
- SAINTE-MARIE DODEUIL. — Tuberculose et appendicite. Thèse de Paris, 1906.
- SCHOUMSKY. — Contribution à l'étude de l'appendicite dans les maladies infectieuses. 1909. Thèse de Paris.
- SILHOL et WALTHER. — Rapport sur l'appendicite chronique. Congrès de chirurgie, 1911.
- SIREDEY. — Etude clinique sur quelques formes frustres de l'appendicite chronique (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 20 novembre 1905).
- TUFFIER et JEANNE. — Contribution à l'étude de l'appendicite (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 10 juin 1899).
- VALTHER. — Des Troubles digestifs de l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes (Journal des Praticiens, mai 1900).
- Appendicite chronique à manifestations thoraciques. Société médicale des hôpitaux, séance du 31 mars (Bulletin, n° 12, 16 avril 1911).

